

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1963

THÈSE

N° 1029

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

DIPLOME D'ÉTAT

PAR

Michel CRIMONT

né le 20 Mars 1936 à Paris (XIV^e)

Externe des Hôpitaux de Paris

Présentée et soutenue publiquement le :

1963
=

LA PAPILLOMATOSE TRACHEOBRONCHIQUE DIFFUSE.

Président : Mr. Etienne BERNARD, Professeur

EDITIONS A. G. E. M. P. — 8, RUE DANTE — PARIS-V

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

THÈSE

Année 1963

N°

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

DIPLOME D'ÉTAT

PAR

Michel CRIMONT

né le 20 Mars 1936 à Paris (XIV°)

Externe des Hôpitaux de Paris

Présentée et soutenue publiquement le :

LA PAPILLOMATOSE TRACHEOBRONCHIQUE DIFFUSE.

Président : Mr. Etienne BERNARD, Professeur

EDITIONS A. G. E. M. P. - 8, RUE DANTE . PARIS-V



PROFESSEURS HONORAIRES :

MM. Alajouanine (T.), Aubin (A.), Bénard (H.), Bulliard (H.), Cadenat (F.), Chabrol (E.), Debré (R.), Fey (B.), Galliard (H.), Gastinel (P.), Halphen (E.), Hazard (R.), Heuyer (G.), Lantuejoul (P.), Laroche (G.), Lavier (G.), Lévy-Solal (E.), Lian (C.), Mathieu (P.), Mocquot (P.), Monod (R.), Moreau (R.), Moulouquet (P.), Mouquin (M.), Olivier (E.), Pasteur Valléry-Radot, Petit-Dutaillis (D.), Piédelièvre (R.), Quénu (J.), Richet (C.), Senèque (J.), Strohl (A.), Tanon (L.), Verne (J.).

DOYEN Léon BINET.

Membre de l'Institut

1^{er} ASSESSEUR Gaston CORDIER

2^e ASSESSEUR Paul CASTAIGNE

I. — PROFESSEURS

1^o CHAIRES DE SCIENCES FONDAMENTALES

a) Professeurs titulaires :

	MM.
Anatomie	DELMAS (A.)
Anatomie pathologique	DELARUE (J.)
Anesthésiologie	BAUMANN (J.)
Biochimie médicale	{ JAYLE (M.-F.)
	SCHAPIRA (G.)
Biologie appliquée à l'Education physique et aux Sports	CHAILLEY-BERT (P.)
Biologie médicale	FAUVERT (R.)
Cancérologie médicale et sociale	BERNARD (J.)
Embryologie	TUCHMANN (H.)
Histoire de la médecine et de la chirurgie (Lariboisière)	JOANNON (P.)
Histologie	GIROUD (A.)
Hygiène et médecine préventive	BOYER (J.)
Médecine du Travail	DESOILLE (H.)
Médecine légale	DEROBERT (L.)
Microbiologie (Bactériologie et virologie)	FASQUELLE (R.)
Parasitologie	BRUMPT (L.-C.)
Pathologie chirurgicale	LAURENCE (G.)
Pathologie exotique	N...
Pathologie expérimentale et comparée	MERKLEN (F.-P.)
Pathologie médicale	N...
Pathologie respiratoire	TURIAF (J.)
Pathologie et thérapeutique générales	BOUDIN (G.)
Pharmacologie	CHEYMOL (J.)
Physiologie	{ BINET (L.)
	BARGETON (D.)
Physiologie et pathologie obstétricale	LEPAGE (F.)
Physique médicale	{ DOGNON (A.)
	DJOURNO (A.)
Radiologie médicale	DESGREZ (H.)
Technique chirurgicale et Chirurgie expérimentale	CAUCHOIX (J.)
Thérapeutique	CONTE (M.)
Thérapeutique appliquée	LAMOTTE (M.)

b) Professeurs à titre personnel :

Biochimie médicale	{ DESGREZ (P.)
	POLONOVSKI (J.)
Biologie médicale	BOURLIÈRE (F.)
Hygiène et médecine préventive	DEPARIS (M.)
Pharmacologie	LÉVY (M ^{lle} J.)
Physiologie	PARROT (J.)
Physique médicale	KELLERSHOHN (L.)

2^e CHAIRES DE SCIENCES CLINIQUES

a) Professeurs titulaires :

	MM.
Clinique carcinologique chirurgicale (Necker)	REDON (H.)
Clinique cardiologique (Broussais)	SOULIÉ (P.)
Cliniques chirurgicales	Beaujon LORTAT-JACOB (J.-L.)
	Cochin LEGER (L.)
	Cochin ABOULKER (P.)
	Hôtel-Dieu PATEL (J.)
	Pitié GORDIER (G.)
	Saint-Antoine GOSSET (J.)
	Salpêtrière SICARD (A.)
	Tenon OLIVIER (G.)
Clinique de chirurgie infantile et orthopédique (Enfants-Malades)	FÈVRE (M.)
Clinique chirurgicale orthopédique et traumatologique (Cochin)	MERLE d'AUBIGNÉ (R.)
Clinique de chirurgie cardio-vasculaire (Broussais)	GAUDART d'ALLAINES (F. de)
Clinique de chirurgie pleuro-pulmonaire (Laennec)	MATHEY (J.)
Clinique endocrinologique (Pitié)	DECOURT (J.)
Clinique de Génétique médicale (Enfants-Malades)	LAMY (M.)
Clinique gynécologique (Broca)	HUGUIER (J.)
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques (Saint-Louis)	DEGOS (R.)
Clinique des maladies des Enfants (Enfants-Malades)	CATHALA (J.)
Clinique des maladies infectieuses (Claude-Bernard)	MOLLARET (P.)
Clinique des maladies mentales et de l'encéphale (Sainte-Anne)	DELAY (J.)
Clinique des maladies métaboliques (Necker)	HAMBURGER (J.)
Clinique des maladies du sang (Broussais)	MARCHAL (G.)
Clinique des maladies du système nerveux (Salpêtrière)	CASTAIGNE (P.)
Cliniques médicales	Boucicaut MILLIEZ (P.)
	Broussais LENÈGRE (J.)
	Cochin JUSTIN-BESANÇON (L.)
	Cochin BROUET (G.)
	Hôtel-Dieu BARIÉTY (M.)
	Lariboisière SÈZE (S. de)
	Pitié DREYFUS (G.)
	Saint-Antoine KOURILSKY (R.)
Clinique d'hydrologie et de climatologie (Bichat)	DEBRAY (C.)
Clinique médicale propédeutique (Broussais)	GENNES (L. de)
Clinique médico-sociale du diabète sucré et des maladies de la nutrition (Hôtel-Dieu)	DEROT (M.)
Clinique de neuro-chirurgie (Pitié)	DAVID (M.)
Clinique neurologique (Salpêtrière)	GARCIN (R.)
Cliniques obstétricales	Baudelocque LACOMME (M.)
	Foch (Suresnes) MERGER (R.)
Clinique obstétricale et gynécologique (Port-Royal)	VARANGOT (J.)
Clinique ophtalmologique (Hôtel-Dieu)	RENARD (G.)
Clinique oto-rhino-laryngologique (Lariboisière)	AUBRY (M.)
Clinique de pédiatrie et de puériculture (Saint-Vincent-de-Paul)	LELONG (M.)
Clinique de pédiatrie sociale (Enfants-Malades)	MARIE (J.)
Clinique de pneumo-phthisiologie (Laennec)	BERNARD (E.)
Clinique de neuro-psychiatrie infantile (Salpêtrière)	MICHAUX (L.)
Clinique de rhumatologie médicale et sociale (Cochin)	COSTE (F.)
Clinique stomatologique (Pitié)	DECHAUME (M.)
Clinique thérapeutique chirurgicale (Vaugirard)	ROUX (M.)
Clinique thérapeutique médicale (Saint-Antoine)	LEMAIRE (A.)
Clinique toxicologique	GAULTIER (M.)
Clinique chirurgicale orthopédique et traumatologique	PADOVANI (P.)
Séméiologie médicale	DOMART (A.)
Séméiologie et clinique chirurgicales	POILLEUX (F.)
Clinique urologique (Necker)	COUVELAIRE (R.)
Hygiène et clinique de la première enfance (Trousseau)	TURPIN (R.)

b) Professeurs à titre personnel :

Médecine	BOUR (M.)
	LHERMITTE (F.)
	PEQUIGNOT (H.)

II. — PROFESSEURS SANS CHAIRE, PROFESSEURS AGRÉGÉS ET MAÎTRES DE CONFÉRENCES - AGRÉGÉS

	MM.		MM.
Anatomie	CABROL (C.) GOUINAUD (C.) GILLOT (C.) OLIVIER (G.) pr. s. ch. GAUTHIER-VILLARS (M ^{me} P.) pr. s. ch.	Orthopédie	JUDET (R.) MEARY (R.) POSTEL (M.) RAMADIER (J.)
Anatomie pathologique	ABELANET (R.) CHOMETTE (G.) GOUYGOU (Ch.), m. conf. NEZELOFF (Ch.) ORCEL (L.) PAILLAS (J.)	Oto-rhino-Laryngologie	DEBAIN (J.) PIALOUX (P.)
Anesthésiologie	KERN (E.) VOURC'H (G.) BARBIER (P.) pr. s. ch.	Parasitologie	GOLVAN (Y.) LAPIERRE (J.)
Bactériologie	CHRISTOL (D.) LE MINOR (L.) TOURNIER (P.) BAGLIEU Et. m. conf.	Pathologie chirurgicale	BARCAT (J.) BINET (J.-P.) GERBONNET (G.) CHATELIN (C.-L.) DUBOST (Ch.) DUBOST (Cl.) FAUREL (J.) FLABEAU (F.) GARBY (M.) GARNIER (H.) (Cl. de) GAUDART-d'ALLAINES GERMAIN (A.) LATASTE (J.) LOYGUE (J.) MERCADIER (M.) NATALI (J.) PELLERIN (D.) PERROTIN (J.) ROBERT (H.) THOMERET (G.)
Biochimie médicale	BOURILLON (R.) CARTIER (P.) DREYFUS (J.-Cl.) GONNARD (P.) KRUEH (J.) JEROME (H.)	Pathologie exotique	SCHNEIDER (J.)
Biologie appliquée à l'Éducation Physique et aux Sports	PLAS (F.) BOIRON (M.) DENOIX (P.) MATHE (G.) SELIGMANN (M.)	Pathologie expérimentale	BENHAMOU (J.-P.) BERTHAUX (P.) BOIVIN (P.) GROSNIER (J.) HARTMANN (L.) LÖPER (J.) Pr. s. ch. MAURICE (J.) MIKOL (Cl.) RICHEL (G.) AUSSANNAIRE (M.) BOUVIER (J.) BOUVRAIN (Y.) BRICAIRE (H.) BRISAUD (H.) BROCARD (H.) BUGE (A.) CATINAT (J.) CHRÉTIEN (J.) COBLENTZ (B.) CONTAMIN (F.) COURY (C.) ÉTIENNE (J.-P.) FREZAL (J.) FRITEL (D.) HENNEQUET (A.) HIMBERT (J.) HOUSSET (E.) LAROQUE (Cl.) LESOBRE (R.) LEVEQUE (B.) MACREZ (G.) MOREAU (L.) NICK (J.) ROYER (P.) TOURNEUR (R.) WOLFROMM (R.) LAFOURCADE (J.) LEPERCQ (G.) MANDE (R.) MOZZICONACCI (P.) POLONOVSKI (G.) ROSSIER (A.) VIALATTE (J.)
Dermato-Syphiligraphie	CIVATTE (J.) DUPERRAT (B.)		
Electro-Radiologie	LEDoux-LEBARD (G.) BESSIS (M.) BILSKI-PASQUIER (G.) DAUSSET (J.) DUHAMEL (G.)		
Hématologie	COUJARD (R.), pr. s. ch. MAROIS (M.) RACADOT (J.)		
Histologie	BESANÇON (F.) CORNET (A.)		
Hydrologie	BOYER (J.) pr. s. ch. BLANCHER (G.) CORRE-HURST (M ^{me} L.) SAPIN-JALOUSTRÉ (H.)		
Hygiène	BASTIN (R.) Pr. s. ch. DUPONT (V.)	Pathologie médicale	
Maladies infectieuses	FOURNIER (E.) GUENIOT (M.) HADENGUE (A.)		
Médecine légale	ALBAHARY (G.) PERTUISSET (B.)		
Médecine du travail	LAPRESLE (J.) GRANJON (A.) HERVET (E.) LE LORIER (G.) LEVY (J.) MORIN (P.) MUSSET (R.) ROBEY (M.) SENEZE (J.) SUREAU (G.) THOYER-ROZAT (J.) BRÉGEAT (P.) DUBOIS (A.) SARAUX (H.)		
Neuro-chirurgie			
Neurologie			
Obstétrique			
Ophtalmologie			

	MM.		MM.
Pharmacologie	BOISSIER (J.) LECHAT (P.)	Psychiatrie	PICHOT (P.)
	BARRES (G.) DEJOURS (P.) pr. s. ch.	Psychiatrie infantile	DENIKER (P.) DUCHE (D.) FLAVIGNY (H.)
Physiologie	DURAND (J.) GIRARD m. conf. HUGELIN (A.) SCHERRER (J.) CHANTEUR (J.) DOUGEROT (L.), m. conf. pr. s. ch.	Rhumatologie	DELBARRE (F.) pr. s. ch.
Physique médicale	GREMY (F.) m. conf. MILHAUD (G.) PELLERIN (P.) ROUCAYROL (J.-Cl) TUBIANA (M.) m. conf.	Stomatologie	CERNEA (P.) CHAPUT (M ^{me} A.) m. c. agr. GRELLET (M.)
Pneumo phthisiologie	KREIS (B.) MEYER (A.) RENAULT (P.)	Thérapeutique	CHASSAGNE (P.) MARCHE (J.)
		Urologie	AUVERT (J.) MOULONGUET (A.) QUENU (L.)

III. — PROFESSEURS SANS CHAIRE ET AGRÉGÉS CHARGÉS DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE à titre permanent.

	MM.		MM.
Anatomie	DEBEYRE (J.)	Clinique ophtalmologique	DESIGNES (P.) OFFRET (G.)
Clinique chirurgicale	VERNE (J.-M.)	Clinique pédiatrique et pué- riculture	LAPLANE (R.)
Clinique médicale	PERRAULT (M.) RAMBERT (P.) THIEFFRY (S.)	Clinique psychiatrique	BARUK (H.)
Clinique obstétricale	GRASSET (J.) MAYER (M.)	Clinique urologique	KUSS (R.)

IV. — PROFESSEURS DÉTACHÉS DANS LES UNIVERSITÉS ÉTRANGÈRES

Bactériologie	HAUDUROY (P.) Pr. s. ch.
Pathologie chirurgicale	RUDLER (J.) Pr. s. ch.

V. — CHARGÉS DE COURS D'HYGIÈNE SCOLAIRE ET UNIVERSITAIRE

Secrétaire général de la Faculté	M. LENA (J.)	BOLTANSKI (E.) LAUNAY (C.)
Secrétaire principal	Mlle CHAINTREUIL (G.)	
Conservateur en Chef de la Bibliothèque		
Conservateur du Musée d'Histoire de la Médecine	M. le Docteur HAHN (A.)	
Conservateurs	Mlles DUMAITRE (P.), LE NOIR (G.), QUIÉVREUX (E.)	
Bibliothécaire	Mmes CONTET (J.), FORGET (F.), Mlle LAURENT (H.)	

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MA FEMME

Dont la constante affection m'a
toujours soutenu et encouragé.



Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41550201_0032

A notre Président de Thèse
Monsieur le Professeur Etienne BERNARD
Professeur de Clinique
pneumo physiologique à la Faculté de
Paris.

Qui nous a fait le grand honneur
d'accepter la présidence de cette
thèse.

En hommage de respectueuse reconnaissance.

Au Docteur Israel ASSELAÏN
Médecin de l'hôpital Foch

Qui nous a inspiré cette thèse
Qu'il veuille bien accepter ce
témoignage modeste de notre res-
pectueux et très fidèle dévouement.

Au Docteur UZZAN
Médecin Assistant de l'hôpital Foch

Qui nous a aidé de ses précieux conseils
tout au long de la rédaction de cette
thèse.

A NOS MAITRES D'EXTERNAT

Docteur MAZARS

Neuro chirurgien des Hopitaux de Paris.

Docteur MOUDART

Neuro chirurgien des Hopitaux de Paris.

Docteur Israel ASSEFLAIN

Médecin des Hopitaux de Paris.

Docteur SCHOWB

Médecin des Hopitaux de Paris.

Professeur CASTAIGNES

Professeur de clinique Neurologique.

Docteur MORIN

Médecin des Hopitaux de Paris.

Professeur GARCIN

Professeur de clinique Neurologique.

Docteur LAUNAY

Médecin des Hopitaux de Paris.

INTRODUCTION

La papillomatose trachéo-bronchique diffuse est une entité bien spéciale, peu rencontrée contrairement aux papillomes du larynx qui peuvent parfois l'accompagner.

Si son étiologie reste ignorée au même titre que celle de tous les papillomes du tractus respiratoire, elle garde en propre des problèmes thérapeutiques complexes.

En effet, alors que le papillome isolé de la trachée ou des bronches ne pose qu'un problème strictement local et est justifiable :

soit d'une exérèse endoscopique

soit d'une bronchotomie

soit, plus rarement, d'une résection bronchopulmonaire limitée

(au cas où des dilatations des bronches se sont développées en amont d'une éventuelle sténose).

La papillomatose trachéo-bronchique diffuse, surtout lorsqu'elle survient chez l'enfant ; du fait de son extension, de ses récurrences multiples, de l'étroitesse des voies aériennes à cet âge, est source rapidement d'une obstruction trachéo-bronchique incompatible avec une fonction respiratoire normale. De ce point de vue ce processus, histologiquement bénin, met vite en jeu le pronostic vital.

Nous détaillerons d'abord deux observations avant de résumer celles de la littérature, leur nombre restreint, permet de les citer toutes.

HISTORIQUE

La papillomatose trachéo-bronchique diffuse, était, avant la pratique courante de la bronchoscopie, en particulier chez le jeune enfant, un diagnostic de nécropsie. L'entité qu'elle constitue n'a été définie qu'assez récemment en 1931, et le nombre de cas dans la littérature antérieure est assez difficile à évaluer, car de nombreuses observations ne donnent aucun détail histologique et sont probablement classées comme adénome.

Syme en 1927 publie le premier cas.

Il s'agit d'une femme de 42 ans présentant une papillomatose du larynx et ultérieurement trachéo-bronchique.

En 1929, David d'une part et Holding d'autre part décrivent des cas identiques. Holding suggère que la dissémination distale des papillomes résulte de l'implantation de fragments de tumeurs laryngées détachées par la toux.

Puis ce sont en 1931 et 1932, les observations de Zamora, Hitz et Oesterlin, Orton et Jackson. En 1936 celles de Lukens et de Kernan qui publie un cas qu'il considère comme congénital.

Pollock en 1938 dans une statistique sur les tumeurs bénignes des bronches ne relève que deux cas sur 105 pouvant être considérés comme d'authentiques papillomatoses.

En 1939, Patterson publie une observation.

En 1943, Bryce évoque la possibilité d'une origine hormonale du papillome

Buffmire en 1950 pense au contraire que l'étiologie des lésions est virale.

Kirchner en 1951 publie un cas repris en 1952 par Liebow qui fait une étude d'ensemble de la maladie.

Cart en 1954 se référant à la possibilité d'une étiologie virale fondée sur les expériences de Ulmann (1921) pratique un traitement par l'auroéomycine.

Schaff publie un cas en 1955, la même année Strupler fait connaître 4 observations dont une seule papillomatose trachéo-bronchique diffuse, deux cas de papillome isolé des bronches, un cas de papillome trachéal.

Font en 1956 tente un traitement par les hormones sexuelles, Thomas publie un cas suivi durant 7 ans, enfin en 1959 Blackman présente deux cas traités par radiothérapie.

La publication par cas isolé est expliquée par la rareté de cette affection, le souci majeur des auteurs étant toujours la découverte d'une part de l'étiologie, d'autre part de l'origine uni ou plurifocale, des lésions ;

La solution de ces deux problèmes conditionne les possibilités thérapeutiques.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

La papillomatose réalise au niveau de l'arbre trachéo-bronchique une prolifération souvent très importante de végétations plus ou moins diffuses, en chou-fleur, d'aspect muriforme, plus ou moins pédiculées, de consistance molle rosée, de taille variable du volume d'un grain de riz à celui d'une noix.

Chaque élément ne se distingue en rien d'un papillome isolé mais ici les masses végétantes sont multiples obstruant la lumière de la trachée, des bronches souches ou lobaires, de répartition capricieuse pouvant respecter totalement certains territoires, de taille variable d'un point à l'autre.

L'exérèse sous-bronchoscopie, si elle est souvent laborieuse étant donné l'abondance des proliférations est le plus souvent très peu hémorragique.

L'examen histologique met en évidence des lésions identiques à celles de tout papillome, avec prolifération conjonctivo épithéliale simultanée. La villosité papillomateuse est formée dans sa partie centrale par un axe conjonctivo vasculaire poussant des prolongements dans toutes les directions, à la périphérie elle est bordée par un épithélium pluri-stratifié à cellules kératosiques, riche en mitoses qui se répartissent dans tous les plans. La membrane basale est toujours intacte et l'hyperplasie épithéliale n'envahit jamais le chorion.

Le diagnostic anatomo-pathologique est en règle facile, en effet si les premières images bronchoscopiques, du fait de l'abondance des proliférations, peuvent évoquer une tumeur maligne, la diffusion même des lésions, leur aspect, l'absence d'induration, de saignement au contact fait vite réviser le diagnostic.

En fait, macroscopiquement, la papillomatose ne pourrait être confondue qu'avec une métaphasie étendue inflammatoire avec hyperplasie pseudo-tumorale, mais cette affection est exceptionnelle et le diagnostic différentiel est possible pour le bronchoscopiste entraîné.

Histologiquement, aucune confusion ne peut être faite avec les autres tumeurs bénignes.

Le papillome isolé pose avec acuité le problème du diagnostic différentiel avec un carcinome épidermoïde à structure papillomateuse. Il est donc nécessaire

de définir exactement des critères de bénignité. Gardiol s'y est attaché dans une étude histologique portant sur 9 cas de papillomes isolés.

Ces critères sont : (en dehors de ceux communs à toutes les tumeurs bénignes)

- l'égalité d'épaisseur des travées épithéliales.

- l'égalité de taille de la majorité des noyaux, souvent volumineux et hyperchromes, quelques atypies nucléaires disséminées étant cependant fréquemment rencontrées.

La papillomatose bénéficie des mêmes critères de bénignité, auxquels il est nécessaire de se rapporter si l'on craint une éventuelle dégénérescence.

Signalons pour terminer que l'examen cytologique de l'expectoration (pratique dans 2 observations) peut mettre en évidence la présence de placards épithéliaux.

OBSERVATIONS

Nous nous proposons d'étudier deux observations recueillies dans le service de Monsieur Israel Asselain. La première a déjà fait l'objet d'une publication dans le Journal Français de Médecine et Chirurgie Thoracique (N° 3 - 1960), la seconde est inédite.

La première observation est celle d'un enfant actuellement suivi depuis 7 ans.

L'enfant V ... né le 15-1-48 présentait en Mai 1953 une cuti négative, une image thoracique normale. C'est en Septembre 1954 qu'est notée pour la première fois une cuti positive.

Le cliché pulmonaire pratiqué à l'occasion de ce virage des réactions tuberculeuses montre une image d'ombre en cheminée latéro-trachéale droite, sans lésions parenchymateuses.

Il est alors envoyé en préventorium mais n'y reste que 6 mois, sans traitement, les signes cliniques étant rattachés à de l'asthme.

Il est hospitalisé pour la première fois le 26-9-55 pour un Wheezing très important avec radiologiquement une image identique à celle de 54 : importante adénopathie latéo-trachéale et sus-hilaire droite.

L'état général est satisfaisant.

Le diagnostic de compression ganglio-bronchique est évoqué.

Des examens complémentaires sont pratiqués :

- une série de coupes tomographiques met en évidence : outre l'adénopathie sus-hilaire droite, une encoche lacunaire au niveau de la bronche souche droite.
- la bronchoscopie confirme l'existence à ce niveau d'une végétation bourgeonnante et d'une compression extrinsèque sans

fistule évidente.

-- les cultures de l'expectoration sur Lowenstein sont négatives

Le malade quitte le service le 30-9-55 avec un traitement antibacillaire à suivre au domicile.

En décembre 1955, l'image thoracique est identique, le Wheezing persiste et s'accompagne d'une toux nocturne et matinale.

En Avril 1956, le Wheezing diminue mais la toux persiste avec expectoration muqueuse intermittente et dyspnée.

L'image sus-hilaire droite qui commence à se calcifier n'est réduite que du tiers, ceci après 9 mois de traitement chimiothérapique antituberculeux.

Ce résultat insuffisant fait décider l'intervention chirurgicale pour curage ganglionnaire médiastinale le 26 Avril 1956 (Docteur Hertzog) : Elle montre *dans le médiastin supérieur, autour de la trachée et au-dessus de la crosse de l'azygos, à l'origine de l'artère pulmonaire en avant et le long de l'oesophage en arrière, toute une chaîne de ganglions caséeux, de la taille d'un oeuf de pigeon.

Exérèse de toute la chaîne pré-trachéale.

Par ailleurs un ganglion caséeux sous la crosse de l'azygos est perforé dans la face postérieure membraneuse de la bronche souche droite. Son exérèse entraîne une brontomie droite. Celle-ci met en évidence toute une chaîne de végétations d'aspect muqueux qui infiltrent environ 2 cm de la bronche souche droite et qui remontent sur la Carina ou elles rétrécissent même le calibre de l'entrée de la bronche souche gauche, ces végétations muqueuses sont abrasées à la curette pour étude histologique.

Les suites opératoires sont compliquées d'un très important oedème de la glotte, puis sous l'influence du tirage et de la dyspnée il se constitue un pneumothorax que l'aspiration par le drain ne peut juguler et qui impose une trachéotomie. Mais tout rentre rapidement dans l'ordre et la réhabilitation du champ droit sera définitive, sans incidents ultérieurs.

L'examen histologique (Docteur Vermes) montre :

"ganglions typiquement tuberculeux, zones caséifiées, calcifiées et sclérogènes.

Les végétations endobronchiques sont des formations d'allure papillomateuse à revêtement tantôt cylindrique pluri stratifié, tantôt malpighiniforme avec coexistence d'un certain nombre de cellules inflammatoires".

L'examen de la pulpe ganglionnaire met en évidence de nombreux bacilles de Koch de morphologie normale.

Le malade sort le 18-5-56 avec un traitement chimiothérapique antituberculeux qui sera continué pendant 6 mois, après lesquels l'image thoracique est pratiquement normale, il n'existe aucun signe clinique.

C'est en Mars 1957 que réapparaissent :

la toux et l'expectoration
une respiration sifflante
une fébricule à 38°

L'enfant n'est amené que 15 jours plus tard, il est déjà traité par : pénicilline intra-musculaire et en aérosols et terramycine.

Le cliché standard montre au niveau de la base gauche des lésions nodulaires floues d'aspect broncho-pneumonique. La chimiothérapie antituberculeuse est reprise malgré la bacilloscopie négative, mais n'entraîne qu'une régression très incomplète de l'image radiologique, avec persistance du Wheezing et de la dyspnée, si bien que le 31-5-57 l'enfant est hospitalisé pour la troisième fois.

Au traitement antituberculeux est adjoint, à titre anti-inflammatoire la delta cortisone à la dose de 15 mg pendant 20 jours puis 10 mg pendant 10 jours sans aucune amélioration.

Une nouvelle bronchoscopie est pratiquée le 26 Juin 1957, elle met en évidence : " une prolifération papillomateuse implantée sur la face externe du début de la bronche souche droite, obstruant presque complètement la bronche; mobile avec les mouvements respiratoires, de surface mamelonnée, de couleur blanc rosé.

De plus, il existe une petite végétation isolée de la face postérieure de la trachée, au niveau de son tiers inférieur. L'ablation à la pince des diverses masses est très bien tolérées".

Histologiquement : " image de papillomes présentant des zones plus ou moins différenciées, il n'y a pas de signes histologiques de malignité, pas de signes d'atteinte tuberculeuse ".

La culture du broyat reste négative.

L'image thoracique se nettoie lentement mais le Wheezing qui avait disparu après la bronchoscopie réapparaît rapidement et une nouvelle endoscopie s'impose lors d'un 4ème séjour le 29-7-57, elle montre une extension considérable des végétations endobronchiques "qui s'étendent des cordes vocales à la Carina. On arrache de poche en poche les végétations bourgeonnantes". Les suites de la bronchoscopie sont très simples, le Wheezing disparaît, l'image radiologique redevient normale. Une endoscopie de contrôle le 22-8-57 montre : "une trachée uniformément rouge, tomentueuse, sans végétations caractérisées. Une zone un peu plus irrégulière persiste sur la face gauche de la trachée à mi-hauteur. La bronche souche droite est libre, la bronche souche gauche est rétrécie, rouge et présente une végétation sur la face interne peu après la Carina".

Histologiquement, images analogues aux précédentes.

L'enfant est ramené 4 mois plus tard, de nouveau dyspnéique (3-1-58) le Wheezing est important la radiographie montre une opacité floue de la base gauche, la bronchoscopie retrouve une grosse prolifération peu saillante mais très hémorragique sur toutes les faces et toute la hauteur de la trachée ainsi qu'à l'origine de la bronche souche gauche qui paraît totalement obstruée, pas de modification de l'image histologique.

Ainsi vont se répéter les endoscopies les 23-6-58, 12-11-58 où l'on note un énorme bourrelet trachéo-bronchique.

les 20-3-59, 2-9-59, 7-3-60 les formations papillomateuses occupent encore le tiers inférieur de la trachée et les deux bronches souches.

L'enfant est chaque fois amené cyanosé, dyspnéique, avec une expectoration muqueuse modérée, un Wheezing, des anomalies radiologiques minimales souvent réduites à une accentuation de la trame aux bases, la bronchoscopie avec désobstruction fait disparaître à chaque fois les signes très rapidement.

C'est en Septembre 1959, qu'est fait un bilan endocrinien car il s'agit d'un

enfant à l'embonpoint marqué.

A 12 ans, 60 kg 800 pour 1 m 47, mais pas de tendance hypogénitale, les testicules sont en place, les dosages hormonaux satisfaisants. On conclut à une simple obésité de surcharge.

Les nouvelles hospitalisations se succèdent les 7-9-60, 20-2-61, 29-9-61, 26-11-62.

Actuellement l'enfant a 15 ans, les séances de déobstruction sont poursuivies à intervalles réguliers. Les bronchoscopies sont toujours très bien supportées et entraînent à chaque fois la régression de tous les signes cliniques.

L'hospitalisation est en moyenne de 3 à 4 jours. Le développement de cet enfant est normal, mais sa tendance à l'obésité persiste, actuellement à 15 ans 74 kg pour 1 m 60.

Trois faits méritent d'être soulignés.

- le premier est l'absence de papillomes pharyngo-laryngés tout au long de l'évolution jusqu'à ce jour.
- le deuxième est l'existence concomitante au début, d'une primo-infection tuberculeuse.

S'agit-il d'une simple coïncidence ? d'un rôle irritatif local ?

La seconde hypothèse nous semble plus probable. La première manifestation de cette papillomatose étant sans doute le bourgeon charnu observé lors de la première bronchoscopie, et qui siégeait au point d'irritation bronchique maximum.

- le troisième fait remarquable réside dans l'évolutivité de cette affection maintenant suivie depuis 7 ans.

Après une première période, au cours de laquelle les lésions diffusent, obligeant à des bronchoscopies itératives tous les deux ou trois mois ; progressivement les récidives deviennent de moins en moins fréquentes. Depuis 2 ans environ, les désobstructions endobronchiques n'ont plus lieu que tous les 6 mois. La diffusion des lésions est moins grande. Elles se limitent maintenant à la bifurcation trachéale et à l'origine de la bronche souche gauche, peut-être sous l'influence de la puberté.

Deuxième observation.

. Madame C. âgée de 47 ans, employée de bureau consulte pour la première fois dans le service de pneumo-phtysiologie du centre Foch en Mars 1962.

. Elle présente depuis l'âge de 14 ans des épisodes à répétition, étiquetés d'une année sur l'autre : bronchite, asthme, toux spasmodique ; quelques hémoptysies sont retrouvées dans ses antécédents.

. La première consultation est motivée par une toux coqueluchoïde résistant au traitement symptomatique.

Cette toux s'est rapidement accompagnée d'une expectoration d'abord muqueuse puis purulente et de crises dyspnéiques nocturnes. Il n'y a pas de température l'état général est bon, 59 kg 600 pour 1 m 49. L'auscultation trouve des rales sibilants disséminés. Le cliché pulmonaire est normal.

Le diagnostic de bronchite est envisagé. La malade est traitée par l'antibiothérapie et les expectorants. Le traitement reste peu efficace, les épisodes de type toux spasmodique se répètent, intriqués avec des crises dyspnéiques nocturnes.

Alors que la radiographie thoracique est toujours normale, une numération formule sanguine faite le 18-4-1962 montre l'existence de 6% d'éosinophiles et l'on pratique une première série de tests cutanés aux pneumallergènes et aux antigènes microbiens qui se révèlent tous négatifs. Un traitement à visée antispasmodique est cependant entrepris, mais comme les précédents il reste inefficace.

En Juin 1962, une nouvelle formule sanguine ne montre que 2% d'éosinophiles. Une nouvelle série de tests cutanés aux pneumallergènes est négatif. Le bilan fonctionnel respiratoire (29-6-62) conclut : "insuffisance respiratoire de type légèrement obstructif car l' "Air Velocity Index" n'est qu'à 0,68 et la capacité vitale est normale, à noter, une distribution alvéolaire nettement diphasique". L'examen du larynx 16-7-1962 ne montre que des cordes vocales légèrement oedémateuses.

Tous les troubles s'accroissent durant le mois de Septembre, il s'y ajoute une impossibilité pour la malade de dormir couchée sur le côté droit.

En Octobre 1962, la toux spasmodique reste inchangée l'examen est toujours identique aux précédents, une désensibilisation au C.C.B. est entreprise ; lorsque le 16 Octobre, pendant une consultation, la malade expectore, à la suite d'une quinte de toux, un fragment solide, de la taille d'un noyau de cerise, granuleux, transparent, rosé, accompagné d'une légère hémoptysie en filet. L'examen histologique de ce fragment 16 Octobre 1962 (Docteur Vermès) conclut : Le fragment examiné montre l'image d'un papillome, recouvert dans une petite zone par la parakératose, sur ce fragment pas de signes histologiques de malignité".

Dès lors la bronchoscopie est pratiquée (Docteur Uzzan) 19 Octobre 1962 : "Elle montre une papillomatose trachéo-bronchique diffuse. Le premier bourgeon siège à la face postérieure de la trachée au tiers supérieur, il est typique ne saigne pas au contact, l'arbre bronchique gauche est libre, à droite des bourgeons diffus commençant à la bronche souche et s'étendant jusqu'aux terminales. Fragmentation, aspiration sans hémorragie notable, réperméation de l'axe droit son pratiqués. Il persiste cependant quelques papillomes distaux qui n'ont pu être fragmentés.

L'examen histologique : "Les fragments examinés montrent des aspects de papillomes recouverts par un épithélium malpighien hyperplasique et présentant une tendance parakératosique marquée, pas de signes histologiques de malignité actuellement sur ces fragments".

Dans les jours suivants, la malade rejette encore 2 ou 3 papillomes brunâtres, sans hémoptysie.

La toux, l'expectoration, les crises dyspnéïques disparaissent complètement.

Aucune gêne nouvelle n'est apparue depuis. Les 18 et 21 Mars cependant la malade expectore de nouveau des fragments charnus dont la nature papillomateuse est confirmée par l'examen histologique.

La récidive semble probable, malgré l'absence de signes fonctionnels, d'autant que certains papillomes étaient restés en place.

Le point le plus intéressant de cette observation est sans aucun doute l'anamnèse qui montre la remarquable lenteur évolutive de cette papillomatose trachéo-bronchique diffuse. En effet : En dehors d'un virage de cuti à l'âge de 9 ans sans anomalie radiologique, d'une coqueluche assez sévère à l'âge de

10 ans et qui représente peut-être en fait les premiers signes de la maladie, c'est dès l'âge de 14 ans qu'est noté le premier épisode respiratoire pour lequel est porté le diagnostic de toux spasmodique, avec un effet nul du traitement.

A l'âge de 16 ans, la malade consulte de nouveau pour toux, hémoptysie et expectoration d'un fragment charnu, qui nous dit-elle avait exactement les caractères des fragments qu'elle rejette actuellement. La radiographie thoracique était normale le traitement sans action. La toux persiste par période.

A 21 ans, la malade a présenté un épisode identique. Les fragments muqueux rejetés n'ayant jamais été examinés histologiquement étant donné leur mauvaise conservation.

Depuis cette époque la toux, les petites infections bronchiques étaient habituelles à cette malade, qui tous les deux ou trois ans rejetait un papillome dans une expectoration striée de sang.

Les troubles s'accroissent en 1949 au cours d'une grossesse (cette malade a 3 enfants bien portants de 22 - 16 et 13 ans).

En 1954, hystérectomie et ablation d'un ovaire pour infection utéro-annexielle, sans retentissement sur l'affection respiratoire.

En 1957 : dysphonie brutalement installée en 2 jours, après un épisode de toux, l'examen O.P.L. montre une pharyngo-laryngite banale ; après 12 séances d'aérosols, un nouvel examen révèle un papillome de la corde vocale gauche, celui-ci est enlevé. L'examen histologique montre que le prélèvement est constitué essentiellement par une zone épithéliale malpighienne avec çà et là quelques plages de tissu conjonctif riche en vaisseaux. Il s'agit d'une formation papillomateuse sans signes histologiques de malignité.

Entre 1957 et 1962, aucun changement notable n'intervient, les épisodes dyspnéiques et la toux quinteuse se répètent jusqu'à la bronchoscopie.

En résumé, il faut retenir tout particulièrement ici : d'une part la lenteur évolutive ou tout au moins la longue limitation de l'affection, un seul cas semblable étant signalé dans la littérature (Moore MD, Richmond L.). Cette malade qui a toujours toussé avait pris son parti de l'affection, ne consultant son médecin que pour renouveler une ordonnance de sirops. Or il ne fait aucun doute que le début de la papillomatose remonte à l'enfance, peut-être à l'âge de 10 ans

(Le diagnostic de coqueluche n'étant pas authentifié), avec certitude à l'âge de 14 ans.

Les radiographies du thorax étaient toujours normales et malgré la découverte d'un papillome de la corde vocale, la malade a dû attendre 40 ans sa première bronchoscopie.

Le deuxième point important est le rejet de papillomes dans l'expectoration, sous forme d'incidents stéréotypés : ceux progressivement croissante durant quelques semaines, expectoration d'un papillome, arrêt des troubles pendant un temps variable. La malade effectuait une désobstruction spontanée par arrachement des masses les plus volumineuses. Ce fait explique que l'affection ait été si longtemps bien supportée par la malade.

Notons enfin l'incidence à peu près nulle de la puberté, des grossesses, de la castration.

AUTRES OBSERVATIONS

Nous nous proposons maintenant de résumer les observations retrouvées dans la littérature, afin de dresser un tableau d'ensemble de la maladie. Ces observations sont au nombre de 20, si l'on ne tient pas compte des observations de Krieg 1908, de Becc 1908, et de Dundas 1922 citées par Gilbert mais sur lesquelles toute précision manque et si l'on élimine bien entendu, les papillomes isolés des bronches ou de la trachée.

Les observations seront résumées dans l'ordre chronologique de leur publication.

SYMÉ 1927 -

Il s'agit d'une femme de 42 ans admise pour difficultés respiratoires et chez laquelle une laryngoscopie met en évidence un papillome du larynx. Un an plus tard elle présente une dyspnée sévère et la bronchoscopie montre des masses papillomateuses situées au niveau de la bifurcation trachéale et des deux bronches souches, l'ablation est effectuée sous bronchoscope, les bases d'implantation passées au nitrate d'argent. Il n'y a pas de récurrence quelques mois plus tard au moment de la publication.

DAVID 1929 -

Le malade est un homme de 22 ans qui tousse depuis 5 mois malgré un examen clinique et radiologique normal, l'admission est justifiée par l'installation d'une dyspnée progressivement croissante. Durant une consultation le malade rejette après une quinte de toux une tumeur mucoïde de la taille d'une lentille.

La laryngoscopie montre un papillome de la corde vocale droite, la bronchoscopie montre une masse papillomateuse qui couvre toute la surface trachéale, l'ablation est réalisée à la pince sans hémorragie notable. Les jours suivants les bronchoscopies sont répétées afin de parfaire la perméabilité trachéale. Elles mettent en évidence des papillomes épars et plus petits au niveau de la bronche souche droite. En quelques jours le nettoyage trachéo-bronchique est

terminé, la respiration du malade est normale; Il n'y a pas eu de récurrence après 3 ans.

HOIJING en 1929 -

présente le cas d'un enfant de 18 mois admis pour dyspnée, cyanose. L'examen clinique et radiologique est normal, mais on met en évidence une papillomatose laryngée pour laquelle l'enfant est traité durant deux ans par extirpations successives. La détresse respiratoire fait alors pratiquer une trachéotomie mais celle-ci se révèle insuffisante et l'enfant meurt quelques mois plus tard. La vérification anatomique montre des papillomes multiples du larynx de la trachée et des bronches dont la nature est confirmée par l'histologie.

ZAMORA 1931 -

Il s'agit d'un homme de 24 ans qui depuis 3 ans présente une toux sèche et quelques hémoptysies.

La radiographie est normale, la laryngoscopie met en évidence un papillome du larynx dont l'ablation fait disparaître les signes cliniques. Ils réapparaissent deux mois plus tard malgré un larynx normal et s'accompagnent bientôt de fièvre et d'expectoration de particules solides qui histologiquement se révèlent être des papillomes. La bronchoscopie montre alors de multiples petits papillomes de la trachée et de la bronche souche gauche qui sont retirés à la pince.

Cinq récurrences vont se succéder en 2 ans $\frac{1}{2}$. Histologiquement jamais de malignité.

HUTZ et CESTERLIN en 1932 -

publient le cas d'une petite fille de 2 ans, admise pour difficulté respiratoire et dysphonie progressivement croissantes depuis 1 an et pour laquelle une laryngoscopie montre une papillomatose laryngée.

Les troubles disparaissent après nettoyage du larynx mais 4 récurrences malgré la radiothérapie complémentaire imposent une trachéotomie qui n'empêche pas le décès deux ans après le début de la maladie.

L'examen nécropsique met en évidence une papillomatose laryngo-trachéale, les grosses bronches sont indemnes mais au niveau des bronchioles il existe des dilatations dont les parois sont tapissées de fines granulations.

L'histologie confirme la nature papillomateuse sans signe de malignité des tumeurs trachéales et des granulations bronchiolaires et alvéolaires.

JACKSON C et JACKSON C.L 1932 -

donnent peu de détail sur le cas qu'ils ont observé ; il s'agit d'un homme de 42 ans chez lequel la papillomatose atteignait la trachée et la bronche souche droite.

LUKENS en 1936 -

présente le cas d'un garçon de 7 ans que l'on amène pour toux, dyspnée et cyanose, pas d'anomalie radiologique, pas d'anomalie laryngée mais la bronchoscopie met en évidence une papillomatose trachéale qui va récidiver 2 fois en 3 mois malgré une ablation totale. On ignore l'évolution ultérieure de la maladie chez cet enfant.

KERNAN en 1936 -

publie une observation unique en son genre ; celle d'un enfant de deux mois présentant depuis sa naissance une inspiration laborieuse, des crises de cyanose. La vérification anatomique montre une papillomatose trachéo-bronchique diffuse confirmée par l'examen histologique. L'existence de malformations congénitales chez cet enfant, en particulier l'existence de doigts surnuméraires, fait évoquer, pour ce cas particulier, une origine congénitale de la papillomatose.

PATTERSON 1939 -

Il s'agit d'un enfant de 1 an $\frac{1}{2}$ qui présente une histoire typique de papillomes du larynx. Ceux-ci nécessitent d'une part une trachéotomie, d'autre part des exérèses répétées pendant 5 mois après lesquels l'enfant respire normalement.

3 mois plus tard apparaissent cyanose et dyspnée malgré un larynx normal.

Une bronchoscopie montre une papillomatose de la trachée et de la bronche souche gauche qui nécessite 7 bronchoscopies avec exérèse en l'espace de 3 mois.

On ignore le devenir de cet enfant.

RUFFINI en 1950 -

présente l'observation d'un homme de 22 ans chez lequel une papillomatose laryngée a nécessité une trachéotomie. Le malade est suivi aussi pendant 6 ans avec bien entendu des exérèses itératives des papillomes laryngés. L'auteur découvre alors une papillomatose trachéale sans signe histologique de malignité. Le malade est suivi à intervalles réguliers et, 10 ans plus tard une radiographie montre une image cavitaire du poumon gauche considérée comme un processus infectieux et régressant sous sulfamido-thérapie, mais une récurrence de même topographie 7 ans plus tard fait décider une exérèse pulmonaire.

Celle-ci met en évidence une masse papillomateuse obstruant complètement la bronche lobaire gauche supérieure et au niveau de laquelle l'examen histologique aurait montré des signes de malignité.

KIRCHNER en 1951 -

publie le cas d'un enfant de 7 ans trachéotomisé car présentant une papillomatose laryngée depuis l'âge de 4 ans $\frac{1}{2}$.

La radiographie montre des cavités multiples, l'enfant meurt quelques mois plus tard au cours d'un épisode infectueux du poumon droit. L'examen anatomique retrouve une énorme papillomatose trachéo-bronchique et un emphysème obstructif bilatéral.

CART en 1954 -

publie le cas d'un enfant suivi depuis l'âge de 7 ans pour une papillomatose laryngée récidivante malgré les extirpations et l'application de radiothérapie à 2 reprises.

A l'âge de 10 ans ce malade présente une toux avec expectoration, une radiographie pulmonaire normale.

La bronchoscopie par l'orifice de trachéotomie montre une papillomatose de la trachée et de la bronche souche gauche. L'auteur après extirpation des papillomes tente un traitement par l'aureomycine sans résultat, puis un traitement par l'A.C.T.H. qui n'empêche pas les récurrences multiples.

A l'âge de 13 ans, un examen histologique montre une transformation maligne avec envahissement de la basale, irrégularités cellulaires, noyaux volumineux hyperchromes. A l'âge de 16 ans, l'enfant meurt au cours d'une hémoptysie.

SCHATT -

publie 2 cas en 1955 dont un papillome bronchique isolé et une papillomatose trachéo-bronchique.

Celle-ci chez un homme de 54 ans qui se plaignait de dyspnée et de toux chronique avec expectoration muco-purulente depuis 3 ans, de nombreuses hospitalisations maintiennent le diagnostic d'asthme. Cinq ans avant son admission, on note l'exérèse d'un papillome d'une corde vocale, lors de son admission un emphysème bilatéral et des ronchus aux bases sont retrouvés. La bronchoscopie montre des papillomes multiples de la trachée et de la bronche souche gauche, le diagnostic est confirmé par l'examen histologique qui ne montre aucun signe de malignité.

STRUPLER en 1955 -

fait connaître 4 cas de papillomes dont :

- 2 bronchiques isolés
- 1 trachéal
- une papillomatose trachéo-bronchique.

Celle-ci chez un homme de 46 ans qui présente des quintes de toux répétées, des hémoptysies accompagnant le rejet de fragments muqueux.

La bronchoscopie montre une tumeur papillomateuse de la trachée et plusieurs papillomes au niveau de la bifurcation trachéale et de la bronche souche gauche tous extirpés à la pince. Le court temps d'observation post-opératoire ne permet pas d'affirmer une guérison définitive.

FONT 1956 -

Il s'agit d'un enfant suivi depuis l'âge de 10 ans pour une papillomatose laryngée ayant nécessité une trachéotomie. A l'âge de 12 ans, on découvre, à la suite d'un processus pneumonique une papillomatose trachéale puis 1 an plus tard trachéo-bronchique.

L'auteur tente un traitement par l'A.C.T.H. mais qui doit être arrêté à cause des épisodes infectueux, puis un traitement de longue durée par l'auroéomycine, enfin un traitement par les endrogènes puis par les oestrogènes, aucun de ces traitements s'empêchent les récurrences qui sont responsables d'atélectasie et d'infection. On note une fois l'expectoration d'un papillome.

Les récurrences se poursuivent encore lorsque se termine l'observation, l'enfant a alors 16 ans.

CASTLEMAN en 1957 -

présente l'observation d'une femme de 38 ans ayant eu à l'âge de 3 ans une papillomatose laryngée. La malade reste asymptomatique jusqu'à l'âge de 35 ans, date à laquelle elle fait deux pneumonies successives, depuis elle présente une toux avec expectoration, hémoptysie et fébricule. L'examen clinique trouve une diminution de l'augmentation thoracique, la radiographie : une atélectasie basale gauche, les tomographies : des cavités multiples du sommet droit. La bronchographie : une obstruction des bronches lobaires supérieure droite et inférieure gauche.

La bronchoscopie met en évidence une papillomatose bronchique diffuse confirmée par l'histologie, mais le cytodiagnostics d'aspiration aurait retrouvé des cellules malignes.

L'intervention est décidée, la malade décède 2 semaines plus tard, l'examen anatomique retrouve la papillomatose bronchique et met en évidence une pneumonie chronique.

BLACKMANN -

2 cas publiés en 1959.

Premier cas : Il s'agit d'un homme de 40 ans admis pour dyspnée, expectoration et intolérance aux poussières de son travail.

La bronchoscopie retrouve une masse granuleuse et rouge sur la face postérieure de la trachée et une autre à l'orifice de la bronche inférieure droite, une obstruction bronchique et trachéale marquée, les cordes vocales sont normales, histologiquement les deux tumeurs se révèlent être des papillomes.

Quelques mois plus tard récidive et radiologiquement existence d'un emphysème bilatéral, la bronchoscopie montre une papillomatose trachéo-bronchique diffuse. Deux ans après le début l'auteur pratique une radiothérapie thoracique par champs multiples, 6 semaines plus tard il n'existe plus qu'un seul papillome, un an plus tard récidive laryngo-trachéo-bronchique, nouvelle irradiation, pas de récidive 5 semaines plus tard.

Le deuxième cas : est celui d'une femme de 59 ans qui se plaignait depuis 8 ans de dyspnée et de toux avec expectoration muqueuse. Durant les 7 dernières années elle a subi de nombreuses bronchoscopies pour ablation de papillomes du larynx de la trachée et des bronches, une lobectomie inférieure gauche pour broncheectasie

Lors de son hospitalisation la malade est dyspnéique, le thorax est hyper-sonore, la capacité vitale à 1 litre, sur la radiographie une atélectasie du champ gauche, la bronchoscopie montre une trachée occluse aux deux tiers. L'auteur commence la radiothérapie bientôt arrêtée par un emphysème secondaire à une atélectasie et imposant une lobectomie droite.

3 semaines après l'intervention deux papillomes sont découverts dans la trachée, nouvelle radiothérapie. La malade meurt 2 mois plus tard d'une fistule broncho-pleurale avec empyème gauche.

La vérification anatomique ne montre aucun papillome.

STEIN en 1959 -

publie le cas d'un enfant de 8 ans hospitalisé pour un asthme résistant au traitement, un état général très médiocre. L'enfant meurt au cours de la bronchoscopie, la vérification anatomique montre une tumeur papillomateuse de la trachée et dans le poumon des masses d'aspect identique une dans le segment paracardiac gauche, une dans le segment dorso-apical droit, le parenchyme pulmonaire est dans son ensemble congestif et emphysemateux.

Histologiquement les tumeurs sont des papillomes sans signe de malignité, les lésions distales implantées au niveau des bronchioles se poursuivent jusqu'aux "alvéoles pulmonaires".

LEMOINE J.M en 1960 -

publie le cas d'un enfant de 11 ans présentant depuis 9 mois une toux avec expectoration et une respiration sifflante, le cliché thoracique est normal, la bronchoscopie montre 3 volumineux papillomes de la trachée enlevés à la pince, une bronchoscopie faite 3 mois plus tard montre un aspect trachéal normal.

ANALYSE D'ENSEMBLE

L'étude d'ensemble des observations permet de mettre en évidence une nette prédominance l'affection chez l'enfant : En effet, sur les 22 cas de papillomatose réunis ici il y a 12 cas avant 10 ans contre 10 cas après 20 ans.

Une nette prédominance dans le sexe masculin ; 18 cas contre 4 dans le sexe féminin.

L'existence de papillomes du larynx, à quelque moment que ce soit, a été noté dans 15 observations. Les 7 autres cas se répartissent entre 6 enfants et 1 adulte. Mais dans les 15 observations il faut distinguer deux ordres de lésions.

Le papillome unique du larynx qui se présente le plus souvent comme une diffusion au larynx de la maladie trachéo-bronchique et que l'on retrouve dans 6 cas, son caractère principal étant l'absence de récidives. Il apparaît comme un élément purement contingent du tableau clinique.

La papillomatose du larynx, au contraire représente le plus souvent l'élément principal de la symptomatologie pendant une durée variable de quelques mois à plusieurs années.

Malheureusement aucune bronchoscopie n'ayant été faite au début de la maladie laryngée, il est impossible de savoir si la papillomatose trachéo-bronchique est ici simultanée ou secondaire.

Le tableau clinique apparaît très monomorphe toujours fait de dyspnée asthmatiforme, de toux quinteuse, d'épisodes d'infection pulmonaire. Six fois des hémoptysies sont notées. L'expectoration de papillome est signalée dans 5 observations.

L'examen chaque fois qu'il est cité retrouve une respiration sifflante, une sibilance bronchique plus ou moins diffuse. C'est ainsi presque toujours un diagnostic différentiel avec l'asthme qui se pose.

Le cliché thoracique est le plus souvent normal au début, puis suivant les cas il apparaît des images d'atélectasie ou d'emphysème pulmonaire plus ou moins intriquées avec des dilatations de bronches.

Au total, la papillomatose trachéo-bronchique s'exprime par un ensemble de symptômes communs avec ceux de toutes les tumeurs bronchiques. La dyspnée a le plus souvent la première place dans le tableau clinique. Les principaux arguments du diagnostic étant :

l'existence, d'un syndrome d'irritation bronchique avec en particulier une toux quinteuse résistante à tous les traitements depuis plusieurs mois et souvent plusieurs années.

La radiographie du thorax souvent normale ne permet aucune conclusion.

Par contre :

L'expectoration de fragments charnus (qu'il faut penser à distinguer des grains riziformes, des "crachats perlés" des asthmatiques).

Les hémoptysies à répétition, et surtout, étant donné sa fréquence l'existence dans les antécédents d'un papillome du larynx, sont des arguments de grande valeur diagnostic.

Tous ces signes devant entraîner la bronchoscopie avec examen histologique qui seul permettent le diagnostic de certitude.

Le principal caractère de cette affection est certainement la tendance à la récédive, en effet chaque fois que le diagnostic a été fait du vivant du malade et que l'observation a été continuée assez longtemps des récédives sont notées dans un délai de 2 mois à 1 an.

Il reste à noter encore la gravité de cette affection, en particulier chez l'enfant. Dans le groupe de 12 enfants, 9 ont été suivis suffisamment longtemps parmi lesquels 6 sont décédés dans les 4 ans, avec pour 4 d'entre eux un diagnostic nécropsique. Dans le groupe de 10 adultes il n'y a que deux décès consécutifs à des infections pulmonaires.

Pour terminer, rappelons qu'une dégénérescence maligne a été notée dans deux observations.

NOSOLOGIE ET HISTOGENESE

Au terme de cette étude clinique plusieurs points restent à préciser.

D'une part la place de cette affection par rapport aux papillomes isolés des bronches, de la trachée ou du larynx.

D'autre part la possibilité d'une dégénérescence maligne.

Enfin le problème encore discuté de l'étiologie des lésions.

1°) Rapport de la papillomatose diffuse avec le papillome trachéal ou bronchique isolé.

Bien qu'il s'agisse de tumeurs histologiquement identiques, les tableaux cliniques réalisés s'opposent en de nombreux points.

En effet le papillome unique est une tumeur de l'adulte, survenant isolément sans atteinte laryngée le plus souvent, et surtout ne présentant aucune tendance à la récurrence.

La papillomatose trachéo-bronchique au contraire survient plus volontiers chez l'enfant, s'accompagne le plus souvent d'une atteinte laryngée concomitante d'une diffusion très importante, et récidive presque toujours.

Il est donc aisé de comprendre que les problèmes posés par ces tumeurs histologiquement identiques sont très différents. Le papillome isolé, tumeur unique ne nécessite qu'une certitude de bénignité, son ablation est suivie de guérison définitive. Le diagnostic de papillomatose, au contraire, n'est que le prélude d'une longue suite de récurrence quel que soit le traitement mis en oeuvre.

L'opposition entre ces deux lésions est donc évolutive.

2°) Rapport de la papillomatose trachéo-bronchique avec les papillomes du larynx.

Selon GRAHAM et SURGER la papillomatose trachéo-bronchique n'est que la diffusion à l'arbre trachéo-bronchique de papillomatoses laryngées. En fait, l'étude des observations montre que l'antériorité des papillomes laryngées sur la papillomatose trachéo-bronchique n'apparaît pas comme obligatoire.

Il semble s'agir de deux territoires différents pouvant être atteints séparément ou simultanément pouvant diffuser indifféremment de l'un vers l'autre, **

3°) Dégénérescence.

• Ce problème se pose immédiatement puisque l'on sait que les papillomes du larynx, topographiquement bien proches, sont considérés comme des lésions précancéreuses.

• Parmi les observations la dégénérescence a été observée deux fois. Cependant dans le cas de Buffmire il semble plutôt s'agir de l'association d'un carcinome à une papillomatose, c'est d'ailleurs ainsi que la présente l'auteur ; dans le cas de Cart il s'agit d'un enfant qui a subi des séances répétées de radiothérapie, le diagnostic de dégénérescence a été porté sur des prélèvements biopsiques, l'autopsie n'a pas été faite et l'on peut se demander si les remaniements observés n'étaient pas dus aux radiations.

Si bien que la dégénérescence, si elle est possible, ne semble pas fréquente.

4°) Étiologie.

L'étiologie virale a été la première suspectée. Ulmann en 1921 expérimentant avec le broyat d'un papillome laryngé montre la possibilité d'autoinoculation, d'hétéroinoculation, d'exaltation de la virulence semblant démontrer l'étiologie virale. Cependant toutes les expériences ultérieures, tentées par d'autres auteurs, se sont soldées par des échecs.

Les tentatives de culture du virus ont toujours échouées, mais Jarvi a montré l'existence de particules de type viral dans des papillomes du sinus maxillaire et Hasford en 1952 a mis en évidence les modifications de l'épithélium bronchique sous l'effet du virus de l'influenza. En matière de papillomatose trachéo-bronchique aucune observation ne donne d'argument en faveur de cette étiologie et les recherches de virus chaque fois qu'elles ont été pratiquées sont restées négatives.

L'étiologie endocrinienne a également été suspectée sur un certain nombre de fait :

- Prédominance chez l'enfant et régression spontanée éventuelle à la puberté (qui semble bien être le fait de l'enfant V..).

.. Broyle aurait noté une réponse favorable à l'oestrogénothérapie par voie générale, voire locale par infiltration au pied du papillome.

.. Holinger enfin cite le cas d'une femme dont la papillomatose laryngée régressait au cours des grossesses.

Théorie imitative selon laquelle les papillomes seraient secondaires à une imitation bronchique : infection, obstruction, injection expérimentale de produits cytotoxiques.

L'enfant V .. pourrait sans doute entrer dans ce cadre car il existait une cause d'irritation bronchique certaine : la bacillose gangliomédiastinale au niveau de laquelle la papillomatose a commencé.

D'autres théories ont été avancées dans des cas particuliers, Kernah en 1936 publie un cas qu'il considère comme congénital, Lemoine en 1960 fait connaître un cas qui pourrait être secondaire à une diffusion d'une éruption varicelleuse dans la trachée.

Parmi ces nombreuses hypothèses, il semble que l'on retienne actuellement la possibilité d'une affection virale contre laquelle l'enfant serait moins immunisé que l'adulte.

TRAITEMENT

A cette incertitude étiologique répond la multiplicité des tentatives thérapeutiques :

- l'auréomycine fondée sur l'hypothèse virale
- Les Androgènes, les Oestrogènes sur la théorie hormonale
- La Delta Cortisone dans la théorie irritative.

Mais aucun de ces traitements ne s'est révélé régulièrement efficace et l'on pense qu'en fait ils sont inactifs. (Le nouveau composé antiviral "A.B.O.B." ou dérivés des bigonides n'a jamais été utilisé dans la papillomatose).

Si bien que l'on se trouve devant deux types de tentatives :

Soit la radiothérapie, mais elle semble difficile à appliquer, en particulier chez l'enfant, étant donné la diffusion des lésions, la surface de champs irradiés qu'elles nécessitent, l'importance de la dose efficace.

Soit l'exérèse sous bronchoscopie qui, malgré l'importance des lésions à extraire, se révèle anodine dans des mains exercées. Ce n'est certes qu'un traitement palliatif, puisqu'il est suivi presque inéluctablement de récidence, mais ce traitement palliatif, dans l'état actuel de la thérapeutique, semble le seul moyen de permettre à des enfants atteints de papillomatose diffuse de parvenir à l'âge adulte.

CONCLUSION

Dans le cadre des papillomes de l'arbre aérien, la papillomatose trachéo-bronchique diffuse prend une place bien spéciale. En effet, si la structure histologique des papillomes laryngés ou trachéo-bronchiques isolés est strictement identique à celle de la papillomatose, celle-ci s'en sépare en tous points sur le plan de la clinique, de l'évolution et sur le plan thérapeutique.

L'aspect macroscopique, tel qu'il apparaît au bronchoscopiste, du fait de la diffusion des lésions, donne déjà un aspect totalement différent.

Cette différence a pour corollaire sur le plan clinique une symptomatologie beaucoup plus riche.

Le papillome se présente comme une tumeur isolée avec son cortège de signes d'irritation bronchique, alors que la papillomatose superpose à cette symptomatologie un tableau de dyspnée pouvant aller jusqu'à la détresse respiratoire.

Sur le plan de l'évolutivité, les papillomes isolés sont considérés microscopiquement comme des lésions précancéreuses, alors que la papillomatose diffuse ne dégénère qu'exceptionnellement.

En ce qui concerne le pronostic, le papillome isolé pose des problèmes locaux, la papillomatose un problème d'obstruction respiratoire diffuse qui peut mettre en jeu le pronostic vital.

On ne sait rien de l'étiologie des lésions et les hypothèses formulées ont conduit jusqu'à présent à des traitements d'ordre général qui sont la plupart du temps inefficaces.

La conclusion qui en découle est qu'il faut reconnaître tôt la maladie et dès lors ne pas hésiter à pratiquer des bronchoscopies aussi répétées que nécessaires, permettant des réperméations bronchiques par morcellement.

On peut ainsi obtenir des survies prolongées malgré l'aspect dramatique des lésions.

o o

o

Vu, le Président de Thèse
Professeur Etienne BERNARD

Vu, le Doyen de la Faculté
Professeur L. BINET

Vu et Permis d'imprimer
Le Recteur de l'Académie de Paris

J. ROCHE

BIBLIOGRAPHIE

ASHMORE :

papillomes bronchiques

J. Thor. Surg. N° 3, 1954, p. 293.

BATTISTELLA et GASPARINI :

Etude des papillomes bronchiques, Quad. Radiol. T 21, 1956, p. 13

BIANCHI Francisco :

Sur un cas de papillomes multiples du larynx et de la trachée.

Ann. d'O.R.L. n° 2 1916

BLACKMAN J. CANTRIL S.T. :

Deux cas de papillomatose trachéo-bronchique traités par radiothérapie ; Radiol. 73, 1959, p. 598

BRETON :

Tumeurs bronchiques de l'enfant Pédiatrie (Lyon.

LE BRIGANT :

Tumeurs bénignes des bronches

Le poumon 7. 1951 p. 2.

BUFFMIRE (D.K.) CLAGET (O.T.) :

Papillomes du larynx de la trachée et des bronches

Proc. of the staff. May. Clin. 25, 1950, p. 595

CASTLEMAN :

Papillomes multiples des bronches

New. Engl. J. Méd. 257, 1957, p. 465.

CHRETIEN J - MEYER A.

Hémoptysies, Masson 1958.

DAVID S.

Papillomes laryngo trachéo-bronchique

Arch. intern. O.R.L. 1929 p 947.

ELLIOTT G.B, BELKIN A :

papillomatose bronchique.

Clin. Radiol. Londres 13, 1962, p. 62

FICARI :

Le papillome bronchique

Les bronches N° 5 Sept. 61 p. 520.

FISHMAN :

papilloma de la trachée.

J. Thor. Cardio. surg. 44, Août 1962, p. 264

FOJAMINI G, NOVI I :

papillome solitaire des bronches.

Arch. ital. di chir. Bologna T 82 N° 5 1957, p. 353

FONT :

papillomatose laryngo trachéo-bronchique chez l'enfant

Arch. otolaryngo. Chicago T 64 N° 4 p. 270

FOURESTIER - CARTON - ROUGEL :

Tumeur bénigne de la trachée (papillome) guéri par ablation chirurgicale

J. Fr. de Méd. chir. Thora. T V N° 2, 1951 p. 194.

GALY :

Tumeurs bénignes des bronches

Arch. Méd. gén. et Trop. juil. Août 1954, p. 273.

GARDIOL :

papillome isolé des bronches chez l'adulte.

Oncologia 12, 1959, p. 304.

GILBERT J-C, LAURENCE :

Tumeurs primitives de la trachée chez l'enfant et l'adulte.

A.M.A. Arch. Otolaryngo : N° 1, Vol. 58 1953.

HASFORD C.G :

Effet du virus de l'influenza sur l'épithélium cilié des bronches

J. Exp. Méd. 95 p. 1952, p. 173

HITZ, OESTERLIN :

Un cas de papillomes multiples du larynx avec des métastases par voie

aérienne dans les alvéoles pulmonaires. Ann. J. Pathol. 8, 1932 p. 333.

HOLDING A.F :

papillomatose du larynx et de la trachée.

New-York St. J. med. 29, 1929, p. 27.

JACKSON C - JACKSON C.L :

Tumeurs bénignes de la trachée et des bronches

J.A.M.A. 99, 1932, p. 1747.

JACKSON - JACKSON C-L :

Am. J. surg. 42; 1938 p. 275.

KIRCHNER J A :

Papillomes du larynx avec extension pulmonaire ; laryngos.

61, 1951, p. 1022.

KERNAN J.D :

Papillome congénital de la trachée.

Ann. Oto. Rhino. Laryng. N° 48, 1936, p. 865.

LANGSTON H.T. :

Tumeurs endobronchiques bénigne.

Nat. tub. ass. 45, 1949, p. 165.

LAVAL :

La dégénérescence maligne des papillomes du larynx chez l'adulte.

Thèse Toulouse 1952.

LEMOINE - ROSE - REJOU - DENIS :

Un cas de papillome trachéaux cryptogénétiques

Les bronches XI N° 3, 1961, p. 330

LIEBOW :

Dans l'atlas de pathologie tumorale

A.F.I.P. 1952 Section V, Fasc. 17.

LINDGREEN A :

Polypes bénins des bronches

Acta. Oto-laryng. 27, 1939, 183.

LUKENS (D.K.) :

Papillome de la trachée

Ann. Oto. Rhin. laryng. 48, 1936 p. 872.

MAC CART H :

Papillomatose trachéale et ensuite bronchique, transformation
maligne

An. O.R.L. 63, 1954, p. 498.

MEYER, BRUNEL, BRUX :

Un cas de papillome bronchique

J. Fr. de méd. chir. thor. XIV N° 3, 1960, p. 315.

MINETTO et GARBAGNI :

A propos du papillome bronchique

Ann. Oto. laryng. 71, 1954, 642.

MOOKE R.L. LATTES R :

Papillomatose du larynx et des bronches

Cancer 12, 1959, 117.

OGELVIE :

Papillomes multiples avec dégénérescence maligne.

A.M.A. Archiv. Oto. laryng. 58, 1953, p. 10.

ORTON (M.B) :

Papillomes des bronches

Ann. Oto. Rhino. laryng. 41, 1932, p. 933.

PATTERSON :

Ann. Oto. Rhino. laryng. 48, 1939, p. 1080.

FORTMAN et PHILIPS :

La papillomatose laryngo trachéale.

Revue O.R.L. 1934, p. 546.

ROWLANDS D.L. :

Polypes des bronches.

Dis. Chest. 37, 1960, 199.

SANTY - BERARD - GALT - TOURAINE :

Les tumeurs polypoïdes des bronches

Les bronches 3, 1953, p. 549.

SCHAFF et THOMPSON :

Papillomatose de la trachée et des bronches.

Ann. Rev. Tub. 71, 1955, p. 429.

SHOPE R.E. - HURST E.W. :

Papillomatose infectueuse du lapin, avec une note d'histo pathologie

J. exp. Med. 58, 1933 p. 607.

SOULAS A et MONIER P. :

Bronchologie Masson 1956.

STEIN (A.A.) et VOLK (B.M.) :

Papillomatose de la trachée et du poumon

Arch. Path. 68, 1959, p. 468.

STRUPLER :

Papillomatose trachéo-bronchique

pract. oto. rhino. laryngo. Basel

T 17. N° 5 et 6 1955, p. 391.

SYME W.S. :

Trois cas bronchoscopiques

J. Laryng. Otol. 42, 1927, p. 751.

THOMAS M. :

4 cas de papillomatose laryngée

Ann. Oto. Laryngo. 73, 1956, p. 615.

ULLMANN :

Papillome du larynx et de la trachée

Z. tscher. F. halsnas, U. Ohr

2, 1922, p. 282.

ULLMANN :

Sur l'étiologie des papillomes du larynx.

Acta Oto. laryng. V; 1923, p. 317.

UZZAN D - PERSONNE C - CHEVASSU - PERIGNY :

Papillomatose trachéo-bronchique diffuse et primo infection tuberculeuse.

J. Fr. Med. et chir. thorac. XIV N° 3, 1950, p. 309

WEILLER :

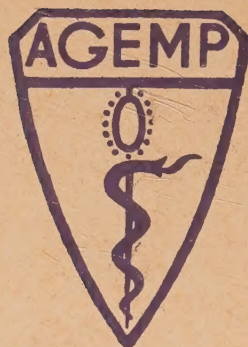
Métaplasie de l'épithélium bronchique
Ann. J. Chir. 23, 1953, p. 768.

WILLIS :

Pathologie tumorale.
Zed. Butterw. Londres 1961.

ZAMORA A.M. :

Deux tumeurs bénignes des bronches retirées par bronchoscopie
J. Laryng. Otol. 46, 1931, p. 829.



**AGEMP
POLYCOPIE**

8, rue Dante
PARIS - V •
Téléphone : ODÉon 58-94